

ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Саларев В.В*., Адаскевич В.П**.,
Зыкова О.С**

ТЕРБИЗИЛ – НОВЫЙ ПРОТИВО- ГРИБКОВЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Витебский областной клинический кожно-
венерологический диспансер*

Витебский государственный
медицинский университет**

ВВЕДЕНИЕ

В дерматомикологии большое значение придается разработке простых, удобных и быстрых методов лечения больных с грибковыми заболеваниями кожи и её придатков [1, 8, 11]. Целый ряд авторов [4, 5, 7] сравнивают микоз стоп по скорости распространения и встречаемости с простудными заболеваниями. Подтвержденный клинико-микроскопическими исследованиями онихомироз требует обязательного лечения ввиду того, что спонтанное выздоровление невозможно [9, 11]. Несмотря на многочисленные схемы лечения, терапия у части пациентов недостаточна эффективна. Одной из патологических ситуаций, обуславливающих выраженные нарушения гомеостаза тканей кожи у больных, является хроническая диффузная патология печени [4, 8].

Учитывая все вышесказанное, мы использовали в схемах лечения больных с микотическим поражением кожи стоп и ногтевых пластин принципиально новый таблетированный антимикотик «Тербизил» 250 мг. Он обладает высокой фунгицидной активностью в отношении наиболее распространенных возбудителей грибковых инфекций и не проявляет гепато – и нефротоксического действия [6, 10]. При интерпретации результатов лечения нами учитывались не только клинико-лабораторные показатели, но и социальная

удовлетворенность пациента от режима и схемы назначенного лечения.

Препарат «Тербизил» фармацевтической компании «Гедеон Рихтер А.О. Венгрия» содержит тербинафин, представляющий собой новый класс синтетических противогрибковых средств. Он является аллиламиновым производным с широким и безопасным спектром антимикотического действия [6, 7, 10, 11]. Препарат обладает высокой чувствительностью к дерматофитным микозам (грибы – дерматомицеты *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes*, *T. verrucosum*, *T. violaceum*), может подавлять рост (*Microsporum canis* и *Epidermophyton floccosum*), а также воздействовать на плесневые грибы (*Aspergillus*, *Scopulariopsis*) [6, 7, 9, 11].

Препарат «Тербизил» оказывает двойное действие – фунгистатическое и фунгицидное, так как влияет на скваленую эпоксидазу, тем самым нарушает синтез цитоплазматической мембраны клеточной стенки грибов, и подавляет индукцию скваленэпоксидазного цикла, что в конечном итоге надежно обеспечивает излечение заболевания [2, 7, 9, 11].

Достоверно установлено, что из всех противогрибковых лекарственных средств для системного применения именно препараты аллиламинового ряда обладают противовоспалительными свойствами, сопоставимыми с эффектом, наблюдаемым от комбинации антимикотических препаратов азольного ряда группы кетоконазола с кортикостероидами.

Согласно данным ряда авторов, основными достоинствами препарата «Тербизил» являются: широкий спектр микотического действия, хорошая всасываемость и переносимость, селективная кумуляция и образование стойкого терапевтического эффекта [5, 9, 11].

Цель исследования: оценить клиническую эффективность комбинированного лечения больных с микозами гладкой кожи стоп, её придатков и кистей при непрерывно-рецидивирующем течении с применением препарата «Тербизил» в таблетках,

который содержит 250 мг тербинафина гидрохлорида, производства завода «А.О. Геден Рихтер».

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для лечения микозов в Витебском областном кожно-венерологическом диспансере мы применяли препарат «Терби-зил» перорально по 0,25 г 1 раз в сутки в течение 3 месяцев (84 таблетки). Местная терапия включала 1%-ный крем «Терби-зил» 2 раза в сутки, а также мыльно-содовую ванночку. Под наблюдением находилось 18 больных в возрасте от 17 до 60 лет, с длительностью заболевания от 3 до 28 лет, что указывает на непрерывно-рецидивирующее течение. Среди лабораторных тестов наибольшее значение для диагностики дерматофитов имеют микроскопическое и бактериологическое методы исследования [3, 9]. Простота, низкая себестоимость и высокая чувствительность методик позволяют диагностировать возбудителей, как в стационарных, так и в амбулаторных (поликлиника, дневной стационар) условиях [2, 3]. С помощью указанных выше методов исследования с наибольшим постоянством регистрируются следующие признаки дерматомикозов: по микроскопическим данным – мицелий, споры и их локализация по отношению к волосу (внутри, снаружи), форма, размер; по культуральным данным – рост колоний, их цвет, поверхность, скорость роста в диаметре [3]. Все больные обследованы до начала лечения, во время (контроль лечения) и сразу после всего курса (первый контроль излеченности). Статистический

анализ проведен с использованием общепризнанных методик и программы «Statistica - 5.5».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами установлено, что микоз стоп

Таблица № 1

Распределение больных микотической инфекцией по возрасту и полу

Возраст	Кол-во больных	Пол	
		мужчин	женщин
15 – 25 л	n = 3	0	3 (16,7%)
26 – 45 л	n = 7	2 (11,2%)	5 (27,8%)
46 – 65 л	n = 8	4 (22,4%)	4 (22,4%)
Всего:	n = 18 (100%)	n = 6 (33,4%)	n = 12 (62,6%)

наблюдался у 8 больных, микоз стоп и кистей – у 3, поражение ногтевых пластин диагностировано у 9 пациентов. Данные по распределению больных с микозами стоп, кистей и ногтевых пластин представлены в таблице № 1.

Данные таблицы № 1 иллюстрируют, что среди пролеченных нами больных микоз гладкой кожи стоп, кистей с поражением ногтевых пластин и непрерывно-рецидивирующим течением зарегистрировано у 12 (62,6%) женщин. Однако при анализе установлено, что поражение кожи стоп и кистей наблюдалось у мужчин трудоспособного возраста.

Длительность заболевания до 5 лет наблюдалась у 4 пациентов (22,3%), более 11 лет у 5 (28%) больных. «Пик» непрерывно-рецидивирующего течения приходился на больных с длительностью течения заболевания от 6 до 10 лет (n=9,

Таблица № 2

Распределение больных по клиническим формам микозов

Микоз стоп		Онихомикоз		Всего
Клиническая форма				
сквамозно-гиперкератотическая с явлениями мацерации	интертригиозная	дистально-латеральная подногтевая	тотально-дистрофическая	
n=5 (27,8%)	n=2 (11%)	n=6 (33,4%)	n=5 (27,8%)	n=18 (100%)

49,7%).

Распределение больных согласно клинического диагноза и формы заболевания демонстрирует таблица № 2.

Практически все больные ранее лечились антимикотическими средствами (крем, мазь), а некоторые (n=11; 61,2%) в сочетании с препаратами системного действия. При отсутствии противопоказаний

логического выздоровления. Результаты лабораторных исследований продемонстрированы в таблице № 3. Нами установлено, что общая степень микологического выздоровления оказалась высокой: 83,3%.

Анализ эффективности использования антимикотического препарата «Тербизил» в суточной дозе 250 мг у наблюдаемых нами пациентов показал, что задолго

Таблица № 3

Результаты микологического исследования в процессе терапии препаратом «Тербизил»

Посев	Первый Визит	Конец курса лечения	Первый контроль	Второй контроль
Положительный	18 (100%)	2 (11,2%)	11 (61%)	5 (27,7%)
Отрицательный	-	15 (83,3%)	7 (39%)	13 (72,3%)
Нет данных	-	1 (5,5%)	-	-

(n=4; 22,2%) проводилась физиотерапия: индуктотермия на область надпочечников, УФО по зонам, УФФ).

С первого дня поступления под наше наблюдение больные (n=18, 100%) микозом стоп, кистей и с поражением ногтевых пластин получали системный препарат «Тербизил» по 250 мг в сутки в течение 84 дней; другие препараты по поводу сопутствующей патологии. Местно, на участок кожного поражения, применяли 1% крем «Тербизил» ежедневно 2 раза в сутки в течение 14–18 дней.

Важно то, что на основании тщательных наблюдений за микологическим состоянием, была определена степень мико-

до полного бактериологического излечения у ряда больных (n=12, 66,7%) отмечен выраженный клинический эффект «значительного улучшения», что выражалось как в исчезновении субъективных ощущений (зуд, жжение), так и объективных признаков (эритема, инфильтрация, трещины, гиперкератоз, ксероз, уменьшение количества чешуек). Данные иллюстрирует рисунок № 1.

Таким образом, можно полагать, что полученные нами данные подтверждают высокий клинический эффект антимикотического препарата «Тербизил» «А.О. Рихтер Гедон» для системного и местного применения при лечении больных различ-



Рис. 1. Эффективность препарата «Тербизил» на основании субъективных и объективных признаков

ными формами микозов. Благодаря комплексной (системный приём и местное лечение) терапии достигнута клиническая и лабораторная эффективность лечения препаратом у больных с непрерывно-рецидивирующим течением микозов. Преимуществом комплексной терапии является взаимное усиление воздействия на соответствующие поливалентности при микотическом поражении как кожи, так и её придатков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П. Онихомикозы: клинические формы, современные методы терапии. Практическое пособие для врачей. – Минск, 2001. – 22 с.
2. Кубанова А.А., Потеев Н.С., Потеев Н.Н. Руководство по практической микологии. – М.: ФИД «Деловой экспресс», 2001, - 144 с.
3. Папий Н.А., Барабанов Л.Г., Салук Ю.В., Никулина З.М. Лабораторная диагностика грибковых инфекций: метод. рекомендации. – Минск: БГЭУ. – 36 с.
4. Родионов А.Н. Грибковые заболевания кожи: Руководство для врачей. – СПб.: Питер Паблишинг, 1998. – 288 с.
5. Панкратов В.Г., Панкратов О.В. Опыт использования Ламизила (тербинафина) в терапии микологических больных // Медицинская панорама. – 2004. - № 6. – С. 18-20.
6. Потеев Н.С., Потеев Н.Н., Рукавишников В.М. Ламизил: 10 лет в России. – М.: Медицинская книга, 2003. – 95 с.
7. Рукавишников В.М. Микозы стоп. – М.: ЭликсКом, 2003. – 330 с.
8. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Онихомикозы. Грибковые инфекции ногтей. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 126 с.
9. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. – М. – ООО «Бином-пресс», 2003. – 440 с.
10. Степанова Ж.В., Рукавишников В.М. Ламизил в терапии больных онихомикозами (грибковыми поражениями ногтей): Пособие для врачей. – М., 1999. – 8 с.
11. Hay R.J. Lamisil: the evidence. – London: The Parthenon Publishing Group, 2001. – 96 p.